

Antrag auf Akkreditierung als Weiterbildungseinrichtung

Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich, 6323 Bad Häring, Erbstollenweg 1, ZVR-Zahl: 674233274

1. Allgemeine Informationen zum/zur Antragsteller/in

Anrede	Titel	Vorname	Familiennamen	Funktion
Frau Herr				

2. Allgemeine Informationen zur Institution

Name der Institution			Abteilung/Einrichtung		
Straße		Nummer	Postleitzahl	Ort	Land
Telefon			Fax		
E-Mail			Internetadresse		

3. Art der Einrichtung (Mehrfachantwort möglich)

Akuteinrichtung der Rehabilitationsphasen A (Intensivstation), B (Frührehabilitation)			
stationäre Versorgung	teilstationäre Versorgung	ambulante Versorgung	keine
Rehabilitationseinrichtung der Phase C (weiterführende Rehabilitation), D (Anschlussheilbehandlung)			
stationäre Versorgung	teilstationäre Versorgung	ambulante Versorgung	keine
Rehabilitationseinrichtung der Phase E (Nachsorge und berufliche Rehabilitation)			
stationäre Versorgung	teilstationäre Versorgung	ambulante Versorgung	keine
Rehabilitationseinrichtung der Phase F (aktivierende (Langzeit-)Behandlungspflege)			
stationäre Versorgung	teilstationäre Versorgung	ambulante Versorgung	keine
Andere Einrichtung (Bitte nennen)			
stationäre Versorgung	teilstationäre Versorgung	ambulante Versorgung	keine
Bettenanzahl			
Neurologische Betten:	Psychiatrische Betten:	Sonstige Betten:	
Tagesklinische Plätze			
Neurologische Betten:	Psychiatrische Betten:	Sonstige Betten:	

4. Räumliche Ausstattung (Anzahl)

Einzelbehandlungsräume	Gruppenräume	Zusätzliche Räumlichkeiten (z.B. Diagnostik, Raum für kognitives Training, etc.)

5. Klinisch-neuropsychologische Ausstattung für Diagnostik und Behandlung

Bitte alle PC-gestützten, sowie Paper-Pencil-Verfahren angeben und in einer Liste beilegen.

6. Diagnosegruppen

Vorhandene Diagnosegruppen (Bitte auswählen)

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
Affektive Störungen
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Intelligenzstörung
Entwicklungsstörungen
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
Sonstige Krankheiten des Nervensystems
Sonstige:

Die jeweils fünf häufigsten Diagnosegruppen (Bitte in Prozent angeben)

% Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
% Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
% Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
% Affektive Störungen
% Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
% Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
% Intelligenzstörung
% Entwicklungsstörungen
% Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
% Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die jeweils fünf häufigsten Diagnosegruppen (Bitte in Prozent angeben)

- % Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
- % Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- % Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
- % Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
- % Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
- % Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
- % Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
- % Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
- % Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- % Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
- % Sonstige Krankheiten des Nervensystems
- % Sonstige:

7. Statistische Angaben zu den PatientInnen

Spektrum der Verweildauer		Durchschnittliche Belagsdauer der hauptzuweisenden Station	Altersspektrum	
bis	Tage	Tage	bis	Jahre

8. Personelle Ausstattung

Anzahl der Mitarbeiter, welche der beantragenden Abteilung zugeordnet sind bitte eintragen, und zusätzlich das Vollzeitäquivalent einer 100%igen Anstellung in Prozent angeben

Anzahl	%
	Klinische PsychologInnen mit Weiterbildung Klinische Neuropsychologie
	Klinische PsychologInnen
	Klinische PsychologInnen in Weiterbildung Klinische Neuropsychologie
	Klinische PsychologInnen in Ausbildung
	FächärztInnen für Neurologie
	FachärztInnen für Psychiatrie
	FachärztInnen für Pädiatrie
	AllgemeinmedizinerInnen
	Sonstige FachärztInnen
	PhysiotherapeutInnen
	ErgotherapeutInnen
	LogopädInnen
	Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
	SozialarbeiterInnen
	ErnährungsberaterInnen
	MusiktherapeutInnen
	KunsttherapeutInnen
	Sonstige FachärztInnen:
	Sonstige:

9. Teamstruktur (Bitte die im Organigramm angegebene Position der Klinischen Neuropsychologie angeben)

Dienstrechtlich Vorgesetzte(r)	Fachlich/psychologisch Vorgesetzte(r)
Dienstrechtlich Untergeordnete	Fachlich/psychologisch Untergeordnete
Sonstige	

Ich beantrage die Anerkennung der genannten Weiterbildungseinrichtung als akkreditierte GNPÖ Einrichtung.

_____	_____	_____	_____	_____
Titel	Nachname	Vorname	Unterschrift des/ der Klinischen Psychologen/in mit Weiterbildung Klinische Neuropsychologie	Unterschrift des/ der Antragstellers/in

Ich versichere, dass die im Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und verpflichte mich, eine Kopie des Antrags fünf Jahre aufzubewahren und auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen. Ich verpflichte mich, bei einer Veränderung der Gegebenheiten umgehend Kontakt zur GNPÖ aufzunehmen und diese bekannt zu geben.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des/r Antragsteller/in	Stempel

> Übermittlung des Formulars per Post an Verein GNPÖ, Fadingerstraße 11, 4663 Laakirchen.